

FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS

INFORMACIÓN DE LA COMPAÑÍA

<b>RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL</b>		<b>RUC</b>	<b>EXPEDIENTE</b>
INSTITUTO DE ENDOSCOPIA DEL APARATO DIGESTIVO COLOPROCTOLOGIA Y CIRUGIA S.A. IENADCOCI		0992452196001	122751
<b>NOMBRE COMERCIAL</b>		<b>PROVINCIA</b>	<b>CANTON</b>
CIUDADELA		GUAYAS	GUAYAQUIL
		<b>BARRIO</b>	<b>CALLE</b>
			AV. ABEL ROMERO CASTILLO
<b>INTERSECCIÓN/MANZANA</b>		<b>CONJUNTO</b>	<b>NÚMERO</b>
EDIFICIO/C.C.	AV. JUAN TANCA MARENGO		1
NÚMERO DE OFICINA	TORRE MEDICA OMNIHOSPITAL	<b>BLOQUE</b>	
REFERENCIA UBICACIÓN	404	<b>KM</b>	
CASILLERO POSTAL	SOLAR 15	<b>CAMINO</b>	
CORREO ELECTRÓNICO 1		<b>TELEFONO 1</b>	042109083
CORREO ELECTRÓNICO 2	williamsburgos@outlook.com	<b>TELEFONO 2</b>	
SITIO WEB	williamsburgos@gmail.com	<b>CELULAR</b>	0985827636
		<b>FAX</b>	

IDENTIFICACIÓN DEL DOMICILIO LEGAL

<b>PROVINCIA</b>	GUAYAS	<b>CANTON</b>	GUAYAQUIL
------------------	--------	---------------	-----------

INFORMACIÓN Y DOMICILIO DEL REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO

<b>TIPO DE PERSONA</b>	PERSONA NATURAL		
<b>APELLIDOS Y NOMBRES</b>	ABARCA AGUILAR FRANCISCO LUIS		
<b>TIPO DE IDENTIFICACIÓN</b>	CEDULA	<b>No. DE IDENTIFICACIÓN</b>	0905136271
<b>TIPO DE REPRESENTACIÓN LEGAL</b>	INDIVIDUAL	<b>NACIONALIDAD</b>	ECUADOR
<b>CARGO QUE DESEMPEÑA</b>	GERENTE GENERAL	<b>PROVINCIA</b>	GUAYAS
<b>FECHA DE INSCRIPCIÓN DEL NOMBRAMIENTO EN EL REGISTRO MERCANTIL</b>	4/26/12 12:00 AM	<b>CANTON</b>	GUAYAQUIL
<b>CIUDADELA</b>		<b>PARROQUIA</b>	TARQUI
<b>CALLE</b>	SOLAR 15	<b>BARRIO</b>	
<b>INTERSECCIÓN/MANZANA</b>	AV. JUAN TANCA MARENGO	<b>NÚMERO</b>	100
<b>BLOQUE</b>		<b>CONJUNTO</b>	
<b>NÚMERO DE OFICINA</b>	217	<b>EDIFICIO/C.C.</b>	
<b>CAMINO</b>		<b>KM</b>	
<b>CORREO ELECTRÓNICO</b>	williamsburgos@outlook.com	<b>REFERENCIA UBICACIÓN</b>	MANZANA 15
		<b>TELEFONO</b>	0985827636
		<b>CELULAR</b>	0985827636

Declaro bajo juramento la veracidad de la información proporcionada en este formulario y Autorizo a la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros a efectuar las averiguaciones pertinentes para comprobar la autenticidad de esta información y; acepto que en caso de que el contenido presente no corresponda a la verdad, esta Institución aplique las sanciones de ley.

FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS

---

INFORMACIÓN ADICIONAL DE LA COMPAÑÍA

---

ES PROVEEDORA DE BIENES O SERVICIOS DEL ESTADO	SI	NO	X
COMPAÑÍA VENDE A CREDITO	SI	NO	X
OFRECE SERVICIOS DE PAGO DE REMESAS	SI	NO	X

---

Declaro bajo juramento la veracidad de la información proporcionada en este formulario y Autorizo a la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros a efectuar las averiguaciones pertinentes para comprobar la autenticidad de esta información y; acepto que en caso de que el contenido presente no corresponda a la verdad, esta Institución aplique las sanciones de ley.